

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
Année 1895.

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 25 Mai 1895, à 1 heure

PAR

Ludovic COULON

Né à Saint-Martin-d'Abbat (Loiret), le 6 janvier 1869

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LE
TRAITEMENT CHIRURGICAL PALLIATIF
DANS LES
CANCERS DE L'UTÉRUS
INOPÉRABLES

Président : M. LEDENTU, professeur.

Juges : { MM. PANAS, professeur.
BRUN et NELATON, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15.

1895

293

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895. **THESE** N° .

POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 25 Mai 1895, à 1 heure

PAR

Ludovic COULON

Né à Saint-Martin-d'Abbat (Loiret), le 6 janvier 1869

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LE
TRAITEMENT CHIRURGICAL PALLIATIF
DANS LES
CANCERS DE L'UTÉRUS
INOPÉRABLES

Président : M. LEDENTU, professeur.

Juges : { MM. PANAS, professeur.
BRUN et NELATON, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15.

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	GAUCHER.	NETTER.
ANDRÉ.	GILBERT.	POIRIER, chef des
BALLET.	GLEY.	trav. anatomiques.
BAR.	HEIM.	QUENU.
BRISAUD.	JALAGUIER.	RETTERRER.
BRUN.	LEJARS.	RICARD.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	ROGER.
CHARRIN.	MARFAN.	SCHWARTZ.
CHAUFFARD.	MARIE.	SEBILLEAU.
DEJERINE.	MAYGRIER.	TUFFIER.
DELBET.	MENETRIER.	VARNIER.
FAUCONNIER.	NELATON.	VILLEJEAN.
		WEISS.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

Dans les Hôpitaux de Paris.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur LE DENTU

Chirurgien de l'Hôpital Necker
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur.



AVANT-PROPOS

Au moment de terminer mes études, c'est avec un plaisir sincère que je saisis ici l'occasion qui m'est offerte d'exprimer ma gratitude à tous ceux qui ont facilité, pour moi, l'étude longue et difficile de la médecine.

Monsieur le professeur Le Dentu a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; je lui en suis profondément reconnaissant.





INTRODUCTION

Le traitement chirurgical des cancers de l'utérus opérables est parvenu aujourd'hui à un haut degré de perfection. Les travaux accomplis tant en France qu'à l'étranger, ont à la fois simplifié et perfectionné le manuel opératoire et les résultats fournis par cette méthode radicale sont certainement aussi bons qu'il est permis de le désirer.

Mais tous les cancers de l'utérus ne sont pas justiciables d'une intervention chirurgicale radicale. D'après Condamin, c'est une opinion généralement admise que le cancer, lorsqu'il a dépassé les limites de l'organe et n'est plus justiciable d'une hystérectomie, constitue une affection contre laquelle la morphine seule peut quelque chose. Les praticiens, ajoute-t-il, absolument imbus de cette idée absolument fausse laissent alors les malheureuses cancéreuses se cachectiser, non-seulement par les progrès de la maladie, mais encore par des pertes sanguines incessantes, par une hydorrhée plus ou moins abondante qui déterminent souvent des phénomènes de

réten tion et de résorption purulentes affaiblissant encore les malades....

D'autre part, on sait que, d'une façon générale, pour être efficace, ou même utile, contre le cancer, l'intervention du chirurgien doit avoir pour résultat l'ablation de la tumeur. Le plus souvent, lorsque l'extirpation totale est impossible, la thérapeutique doit se borner à un traitement anodin ; le chirurgien doit considérer le cancer comme un *noli me tangere*.

Mais, cette règle souffre des exceptions assez nombreuses, parmi lesquelles il faut compter le cancer de l'utérus. Dans la plupart, ou, tout au moins, dans un grand nombre de cas, des interventions chirurgicales palliatives seront indiquées.

Les indications des traitements palliatifs sont multiples. Les principales sont les suivantes :

1° Faire cesser les hémorrhagies qui sont souvent le premier symptôme de la maladie, et qui peuvent devenir assez abondantes pour mettre en danger la vie de la femme.

2° Diminuer l'hydropyorrhée qui, souvent, d'après Condamin, affaiblit la malade autant que les pertes sanguines.

3° Supprimer les douleurs, non pas de la généralisation cancéreuse, qui ne sont justiciables que de la morphine, mais de celles qui résultent d'accidents de rétention et de résorption hydropyorrhéiques.

4° Diminuer ou supprimer l'auto-infection qui résulte de l'absorption des matières putrides contenues dans l'utérus et qui contribuent, pour une bonne part, à accélérer la cachexie de la malade.

5° Rétablir le cours de l'urine lorsque l'envahissement du cancer a déterminé une oblitération d'un ou des deux uretères.

A ces diverses indications correspondent des interventions propres à chacune d'elles ou communes à plusieurs et que nous devons passer successivement en revue.

Mais, avant d'aborder cette partie, avant d'entrer dans le cœur même de notre sujet, nous devons d'abord nous demander à quels signes le gynécologue reconnaît qu'un cancer est inopérable, autrement dit, l'hystérectomie ou l'amputation du col contre-indiquées.

Ces signes ont été, nous semble-t-il, bien résumés par Condamin, et nous ne croyons pouvoir mieux faire que d'exposer ici ses idées.

Il est, dit-il, des signes de l'opérabilité ou de la non opérabilité qui ont une valeur, on peut bien le dire, absolue, et qui sont faciles à percevoir. Il faudra, quand il s'agira d'un cancer du col, comme c'est le cas neuf fois sur dix, chercher si les parois vaginales ne sont pas envahies par continuité. Il faut pour cela qu'on ne constate pas d'interruption entre l'érosion du col et la muqueuse vaginale envahie, car

dans le cas contraire on pourrait avoir simplement affaire à une vaginite causée par les sécrétions plus ou moins irritantes du col malade. Il faudra surtout chercher si cette propagation par contiguïté s'est faite en avant du col. En arrière, on peut, à la rigueur, enlever une partie de la muqueuse vaginale, tandis qu'en avant la chose est impossible à cause des rapports avec la vessie.

Le premier signe de l'inopérabilité du cancer est donc la *propagation aux parois vaginales* et surtout à la paroi antérieure.

Il faudra, en second lieu, chercher s'il n'y a pas déjà propagation aux ligaments larges. Dans ce cas, certains signes, faciles à percevoir, permettent encore de trancher cette question dans la généralité des cas. L'apparition récente de douleurs des reins, de douleurs irradiées vers la fesse ou la partie antéro supérieure de la cuisse sont un signe de probabilité de l'invasion intra-ligamenteuse. L'enclavement de l'utérus l'immobilisation du col, la constatation sur les parties latérales de l'utérus, de masses indurées, ou simplement d'une dureté particulière des ligaments larges indiquent une véritable infiltration cancéreuse de ces parties.

Fochier a beaucoup insisté sur l'importance du toucher rectal pour juger de la possibilité d'opérer radicalement un cancer utérin. En pratiquant systématiquement cet examen, dans tous les cas, il a pu

chez certaines malades qui ne présentaient aucun autre signe de généralisation, constater un petit prolongement partant des bords de l'utérus et accompagnant le ou les uretères. Il est évident que dans ces cas l'intervention, ou bien laissera une partie du néoplasme, ou bien intéressera les uretères.

Ajoutons enfin l'envahissement ganglionnaire qui, lorsqu'il peut être constaté, indique forcément que l'intervention est complète.

Tels sont les principaux signes qui permettront de dire, en tenant compte de la possibilité d'une invasion latente des ganglions, si un cancer utérin est justiciable d'une hystérectomie ou d'une autre intervention radicale. Dans le cas où l'ablation est possible, elle doit être rapide et complète.





Traitements chirurgicaux palliatifs contre les cancers de l'utérus inopérables.

Nous avons vu que les troubles à combattre étaient multiples. Multiples aussi sont les traitements chirurgicaux à leur opposer. Nous allons les étudier successivement, avec leurs indications et leurs résultats. Le plus important de tous est le curettage.

A. — Curettage

Le curettage a été préconisé par un grand nombre de chirurgiens, et les résultats qu'il donne sont en effet fréquemment remarquables et il est très fréquemment indiqué.

Pour le pratiquer, après antisepsie aussi complète que possible du vagin, on commence d'abord par enlever, à l'aide de ciseaux courbes, les champignons bourgeonnants, volumineux, qui recouvrent parfois le col et masquent l'orifice. Souvent, par ce moyen, on met à découvert et on sectionne des vaisseaux d'une certaine importance. Une cautérisation,

un tamponnement serré, etc., auront facilement raison de cette hémorrhagie.

L'orifice du col étant à découvert, il faudra, par l'hystéromètre, se rendre compte de la profondeur de la cavité utérine, ce qui, fréquemment, dans le cancer utérin, n'est pas facile. En tout cas, ces manœuvres de cathétérisme devront être faites avec le plus grand soin, pour éviter la perforation d'un utérus plus ou moins ramolli par l'invasion cancéreuse. Si l'orifice interne résiste, il faudra en faire la dilatation progressive, avec les bougies de Hegar, par exemple. Cette dilatation, d'après Laroyenne, doit être portée assez loin et a pour but de faciliter le curettage, en offrant une large voie par où la curette pourra atteindre les parties profondes du mal. Elle permettra, en outre, d'appliquer plus facilement les antiseptiques ou les caustiques qui seront appliqués pour compléter l'action de la curette, et enfin elle laissera les sécrétions s'écouler librement.

Mais il ne faut pas oublier que cette dilatation peut provoquer des accidents tels que la pénétration de l'hystéromètre dans le péritoine, ou bien encore dans le rectum ou la vessie, lorsque les parois de ces deux réservoirs sont envahis par le néoplasme. Elle peut aussi provoquer de petites hémorragies par suite de la déchirure de quelques vaisseaux du col utérin ; mais elles sont toujours peu importantes et faciles à arrêter.

Ces précautions étant prises et ces préparatifs terminés, il faut ensuite procéder au curettage. L'opération, d'après Houzel, doit être essentiellement atypique ; par conséquent, pas de règles précises à poser. Il faut enlever le plus possible de tissus dégénérés, dût-on pour cela lier les artères utérines et ne s'arrêter qu'au voisinage immédiat des cavités naturelles : péritoine, vessie, rectum, sans craindre toutefois d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas. Quand on peut remonter jusqu'à des tissus simplement infiltrés, il faut suturer soigneusement, la suture pouvant donner des réunions par première intention et des améliorations plus longues.

Laroyenne, pour le curettage, préfère employer les deux curettes de Récamier et de Sims. Celle de Récamier pénétrera plus profondément dans les tissus, aura une action plus active que celle de Sims ; mais sera plus dangereuse surtout au point de vue des perforations. Aussi, dans la généralité des cas il faudra, pense cet auteur, se contenter de cette dernière qui égalisera les surfaces végétantes et permettra aux caustiques d'exercer leur action complémentaire. La curette de Récamier, cependant, devra être préférée pour évider le col, lorsque celui-ci est gros et fait une saillie prononcée dans le vagin.

En un mot, contrairement au curettage qu'il faut pratiquer dans les cas de métrite, celui qu'il faut faire dans le cancer utérin sera un curettage destruc-

teur. La destruction pourra être encore poussée plus loin par des applications de substances caustiques, le chlorure de zinc, par exemple. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

Après ce traitement la malade est presque toujours considérablement soulagée. Certains auteurs ont vu, à la suite de ce traitement, des cancers utérins rester presque stationnaires pendant six mois, un an, et même davantage. Les hémorrhagies, les pertes hydropyorrhéiques cessent souvent d'une façon presque complète et la malade, assez souvent, n'est rappelée à la triste réalité de sa situation que par des douleurs dues à la généralisation de son cancer.

Lorsque les symptômes contre lesquels le curetage était dirigé se renouvellent, il faudrait procéder une seconde fois de la même façon en se méfiant encore plus que la première fois des perforations possibles.

Le curetage, à lui seul, remplit la plupart des indications exigées par les accidents qui surviennent au cours du cancer de l'utérus. Il peut faire cesser d'une façon presque absolue ces pertes sanguines qui affaiblissent rapidement les cancéreuses, et qui en outre, exercent un effet désastreux sur leur moral instinctivement déjà trop frappé ; elle peut diminuer cette hydropyorrhée en la réduisant aux proportions de pertes blanches comme en présentent nombre de femmes, et surtout faire cesser cette odeur infecte

qui impressionne si désagréablement la malade et son entourage, et qui est aussi une cause d'auto-intoxication constante pour elle. Enfin, elle peut, en amenant une perméabilité constante du col et de l'orifice utérin, permettre le libre écoulement des produits de désintégrations cancéreuses qui, outre la résorption purulente sont souvent la cause de rétention douloureuse.

Ce n'est donc pas sans raison, que quelques auteurs vont jusqu'à dire que la plupart des cancers utérins inopérables, peuvent encore être soulagés dans des proportions notables, et être mis dans des conditions presque analogues à celles des malades, qui portent une récurrence après une hystérectomie totale.

Ce traitement présente encore un avantage : c'est qu'il est à la portée de tous les praticiens prudents et ne nécessite pas des connaissances chirurgicales ou gynécologiques.

Comme, le plus ordinairement, on l'associe aux applications caustiques ou antiseptiques très énergiques, nous devons maintenant dire un mot de l'emploi de cette méthode thérapeutique.

Rappelons seulement, avec M. A. Gauthier, qu'il n'y a qu'une contre-indication véritablement importante au curage de l'utérus cancéreux, c'est l'état d'affaiblissement extrême dans lequel se trouvent parfois les malades à la suite d'hémorrhagies. Les pertes sanguines, lorsqu'elles sont apparues à une

période précoce, lorsqu'elles se répètent fréquemment, lorsqu'elles sont d'une abondance exagérée, impriment à l'affection une marche rapide et un aspect particulier. La malade n'a pas le teint jaune paille des cancéreux, mais elle est pâle, anémiée, essouffée au moindre effort, incapable de se mouvoir, exposée aux lipothymies, aux syncopes, avec vertiges et tintement d'oreilles. La mort est même fréquemment la conséquence immédiate de ces pertes sanguines répétées.

En tous cas elles aggravent singulièrement le pronostic opératoire si, avant d'entreprendre une intervention sanglante quelconque, on ne prend pas la précaution de les tarir par des pansements et de différer l'opération jusqu'au jour où la malade a reconstitué ses forces et se trouve en état de résister au choc opératoire. Ce n'est pas seulement l'extirpation totale de l'utérus qui est alors contre-indiquée : ce sont aussi les hystérectomies partielles sus ou sous vaginales, voire même le curage. L'anémie est si profonde, le pouls est à un tel degré de mollesse, que les malades ne seraient pas capables de faire les frais de la moindre perte de sang.

Mais le *curettage*, ou pour mieux dire, le *curage* de l'utérus étant décidé, il ne faut plus se laisser arrêter par l'hémorragie. Dès les premiers coups de curette, le sang coule à flot. Si l'on n'est prévenu, on a tendance à s'arrêter. Il faut, au contraire, procé-

der rapidement au raclage de toutes les fongosités.

Dès que l'on atteint les tissus sains l'hémorragie s'arrête. Cela est surtout vrai pour les cancers du col développé en champignon.

B. — Cautérisations

De tout temps le feu a été conseillé contre le cancer, et contre les cancers de l'utérus en particulier. On l'employait pour détruire les végétations cancéreuses et polypeuses. C'est un agent excellent, qui mérite d'être conservé.

On s'est servi, contre le cancer de l'utérus de l'anse galvanique et du thermocautère. Malgré la perfection de ces instruments, le cautère actuel vulgaire celui dont se servaient les anciens chirurgiens est préférable, à cause du rayonnement beaucoup plus considérable qui se produit au niveau des tissus dans lesquels la masse rougie est enfoncée. Le tampon du thermocautère lui-même donne des résultats moins bons.

Aujourd'hui la cautérisation ignée est surtout employée dans deux circonstances :

1° Pour arrêter une hémorragie sérieuse lorsque le tamponnement est impossible, difficile, ou même qu'on craint de ne pas obtenir les résultats qu'on désire par un simple tamponnement et lorsque, pour

une raison quelconque le curage de l'utérus est impossible ou doit être retardé momentanément.

Mais le plus souvent la cautérisation ne doit être qu'un complément du curage utérin. Après que la curette a fait son œuvre, nous conseillons d'éteindre, suivant les besoins, plusieurs cautères dans les parties curettées en évitant la vessie et le rectum. On atténue les effets du rayonnement sur les parois vaginales à l'aide d'un spéculum en bois et de compresses mouillées. Dans le cas où le chirurgien n'a pas de cautères actuels à sa disposition, il utilisera avec profit le gros tampon du thermocautère de Paquelin, qui a le gros avantage de cautériser en surface et non en profondeur. Avec lui, les chances de perforation sont donc moindres.

Les surfaces ainsi cautérisées cessent rapidement de saigner. Quelques jours après des escharres se détachent, et au-dessous on voit une plaie très rouge, de bon aspect. On a signalé, au moment de la chute des escharres, des fistules du rectum et de la vessie. Nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer cet accident que nous croyons d'ailleurs facile à éviter avec un peu de prudence, et en n'agissant pas à l'aveugle.

Dans le cas où le chirurgien pensera qu'il y a danger à employer le fer rouge, d'autres caustiques pourront être employés par lui.

De tous les caustiques chimiques qui ont été

employés dans le cancer utérin, celui qui a assurément donné les meilleurs résultats est le chlorure de zinc. On pourrait donc l'employer à l'exclusion de tous ceux qui, comme lui, n'ont pas réuni tous les avantages suivants : action destructive et sclérosante très active, action hémostatique et antiseptique très prononcée ; on l'emploiera sous ses différentes préparations après le curettage.

Voici les modes d'emploi que conseille Condamin, de Lyon.

S'il existe une cavité utérine anfractueuse augmentée de volume, on tamponnera cette cavité utérine avec des bourdonnets de coton trempés dans une solution de chlorure de zinc concentrée (1/2). Les tampons seront fortement exprimés. Disposés en queue de cerf volant, on en remplira la cavité utérine. Si celle-ci n'est pas aussi volumineuse, il sera préférable d'y introduire un crayon au chlorure de zinc fort ou mitigé suivant l'action que l'on voudra obtenir. Les crayons ont surtout l'avantage de pouvoir être introduits facilement dans le col, de fondre lentement et en imprégnant les tissus voisins. Si l'on a appliqué des tampons caustiques, on pourra les enlever au bout de six heures, leur action à ce moment est terminée. S'il s'agit d'un crayon, on n'a pas à s'en préoccuper, il a dû fondre complètement.

Une troisième application des préparations au chlorure de zinc est celle qui se fait à la pâte de Can-

quoin sur la surface du col. Son application nécessite quelques précautions qui devront également être prises pour les cautérisations au crayon et au tampon caustique. Avant d'appliquer le Canquoin, qui est destiné à agir surtout sur le museau de tanche, plus ou moins déformé et envahi par le néoplasme, il faut avoir la précaution de placer un spéculum plein construit sur les principes du spéculum de Fergusson, et aussi ample que le comporte le vagin.

Il devra être placé de telle sorte que la surface végétante du col et sa cavité soit seule dans son orifice postérieur. De cette façon les parties voisines sont protégées ; on peut alors appliquer la pâte de Canquoin à la surface de la dégénérescence cervicale. Une rondelle de caustique sera pour cela portée à ce niveau et maintenue en contact avec lui par un tampon, derrière lequel on a la précaution de mettre un sachet de bicarbonate de soude destiné à neutraliser l'action du chlorure de zinc qui n'aurait pas été utilisé sur le col. Ce tampon neutralisateur est surtout utile quand on ne place pas de spéculum pour protéger la paroi vaginale. Dans le servin de Laroyenne à Lyon, on emploie toujours simultanément les tampons caustiques ou les tampons au chlorure de zinc, pour l'intérieur du col et du corps, et une rondelle de pâte de Canquoin pour la surface du col. Le spéculum dont nous venons de parler est maintenu en place pendants 6 heures par un bandage de corps

auquel il est attaché. Il faut avoir soin de faire uriner et de sonder la malade avant d'appliquer ce mode de traitement, car les dimensions du spéculum ne permettent pas d'introduire une sonde dans la vessie.

« L'action du caustique est complète au bout de
« six à huit heures. On enlève alors les tampons et le
« spéculum et l'on peut faire à ce moment une injection pour enlever ce qui aurait pu, du caustique,
« échapper à la neutralisation des tampons. Les
« escharres tombent du sixième au huitième jour.
« Quelques précautions sont à prendre à ce moment
« à cause d'hémorrhagies possibles. Comme la cavité
« cervicale a été évidée par les divers agents mécaniques et chimiques sus indiqués, il sera toujours
« facile de faire un tamponnement intra-utérin. »
On n'observe d'ailleurs pas d'hémorrhagies graves à la chute des escharres à moins que les parois du vagin aient été intéressés par le caustique.

Lorsque l'action du caustique est terminée, on doit reprendre les lavages antiseptiques. On peut employer pour cet usage la plupart des préparations usitées en chirurgie : l'acide phénique est un des meilleurs. Le sublimé donnera de bons résultats pourvu qu'il soit additionné d'acide tartrique qui empêchera sa précipitation par les albuminoïdes. La résorcine, le thymol, etc., peuvent également trouver leurs indications. Une solution excellente est la solution de chlorure de zinc au centième.

A la suite de ce traitement : associations du curettage et des cautérisations au chlorure de zinc, on a vu des cancers rester presque stationnaires pendant six mois, un an et même davantage. Les hémorragies, les pertes hydropyorrhéïques cessent souvent d'une façon presque complète et la malade se trouve dans un état véritablement satisfaisant, jusqu'au jour où les douleurs dues à la généralisation de son néoplasme viennent la rappeler à la réalité de sa triste situation.

Des caustiques autres que le chlorure de zinc ont été utilisés. Houzel conseille de réfréner les bourgeons cancéreux qui se produisent après le curettage au moyen de l'acide lactique.

D'autres préparations encore peuvent être employées ; mais elles n'offrent pas d'avantages bien nets sur le chlorure de zinc.

Seul le perchlorure de fer a un avantage véritablement incontestable, c'est d'être un hémostasique puissant. Lorsqu'une hémorrhagie assez abondante survient et qu'une cautérisation au fer rouge est impossible, il est certain que l'application d'un petit tampon d'ouate imbibé de perchlorure de fer sur le point saignant suivie d'un tamponnement ordinaire est un très bon moyen d'arrêter une hémorrhagie.

Mais ce ne sera là, comme bien on pense, qu'un traitement d'attente, qui permettra de parer à un danger immédiat et pressant et de faire les préparatifs.

nécessaires pour une intervention palliative, plus complète et plus efficace, et qui sera le curettage suivi d'une cautérisation avec le chlorure de zinc, avec le naphthol camphré, la créosote, etc.

OBSERVATION I

(Personnelle)

La nommée J..., Louise, entre à l'hôpital Broca, salle Fracastor, dans le service de M. le D^r Al. Renault le 13 juin 1894. Blanchisseuse de profession, elle est âgée de 47 ans.

Jusqu'à l'âge de 45 ans environ cette femme s'était bien portée. Mariée à l'âge de 25 ans, elle a eu deux enfants qui sont encore vivants et bien portants ; l'un d'eux est âgé de 15 ans et l'autre de 13. Les accouchements furent normaux et se passèrent sans aucune complication immédiate ou secondaire.

Jusqu'à l'âge de 43 ans elle fut très bien réglée et n'éprouva aucune douleur, aucun trouble du côté des organes génito-urinaires. A partir de ce moment ses règles devinrent irrégulières, ne parurent plus que tous les deux ou trois mois, et au bout d'un an disparurent complètement.

Après 13 mois de disparition complète des menstrues, la malade eut, un jour, une hémorrhagie assez considérable qui dura deux jours et disparut

complètement ; elle pensa que ses règles reparais-
saient. A partir de ce jour sa santé s'altéra, elle
maigrit peu à peu jusqu'au moment où elle se décide
à entrer à l'hôpital. Pendant ce temps elle a, en
outre, eu quelques pertes sanguines peu importantes,
et surtout des pertes constituées par un peu d'eau
roussie, d'odeur désagréable. Les pertes blanches,
autrefois peu importantes, ont considérablement
augmenté. Depuis quelques mois elle éprouve dans
le bas-ventre des douleurs assez vives avec des
périodes assez longues d'accalmie.

Il y a trois jours est apparue une métrorrhagie
peu importante, en apparence, au début, mais qui
depuis persiste avec une abondance croissante, au
point que la malade effrayée s'est décidée à entrer à
l'hôpital.

A son entrée elle a un teint terreux, sa maigreur
est considérable. Les muqueuses sont pâles et déco-
lorées.

L'examen au spéculum montre le col transformé
en un bourgeon végétant, saignant spontanément et
au moindre contact.

Par le toucher nous constatons en outre que la
paroi vaginale, dure, résistante au toucher, est envahie
par le processus épithéliomateux.

Un tamponnement vaginal est appliqué dans la
soirée.

Après antiseptie vaginale, et dilatation de l'utérus
à l'aide des bougies de Hégar, curettage avec la
curette tranchante jusqu'à ce que le tissu crie sous
le scalpel.

Une masse considérable de tissu est ainsi enlevée.

La cavité est ensuite, à cause de l'hémorrhagie

assez abondante qui se produit, tamponnée avec de la gaze imbibée de glycérine créosotée à $\frac{1}{20}$.

A partir de ce moment les hémorragies cessent complètement. C'est à peine si, le premier pansement étant enlevé au bout de 3 jours, il y a, sur le deuxième, un léger suintement sanguinolent.

On continue les pansements et les lavages antiseptiques avec le sublimé à 1 pour 4000.

Le 25 Juin, la malade se trouve très améliorée, elle a repris de l'appétit, ne souffre que très peu et ne perd plus une goutte de sang. La température est normale aujourd'hui comme les jours précédents.

Le 1^{er} Juillet, elle commence à se lever, se trouve dans un état aussi satisfaisant que possible.

Le 15 Juillet, elle sort en conservant la même amélioration.

Nous ne l'avons pas revue.

C. — Injections d'alcool dans la tumeur.

Le professeur Hauffer de Budapesth, et le Dr H. Schultz son assistant, ont imaginé récemment de traiter le cancer de l'utérus par une nouvelle méthode.

Elle consiste dans l'injection d'alcool absolu dans l'épaisseur de la tumeur au moyen d'une seringue d'une capacité de cinq grammes.

La malade est placée dans le décubitus latéral, on introduit le spéculum de Sims, on protège l'urè-

thre contre l'action caustique de l'alcool à l'aide d'un tampon d'ouate, puis on injecte une ou deux fois dans la tumeur, à une profondeur variable, cinq grammes d'alcool absolu.

La douleur provoquée par l'injection est de courte durée. Une grande partie du liquide injecté s'écoule au dehors, entraînant des débris de tissu mortifié. Ces injections sont faites d'abord tous les deux jours, puis tous les jours, et on les termine en introduisant dans le vagin un tampon de gaze iodoformée.

Les résultats annoncés par ces auteurs seraient très encourageants. Dans deux cas, ils ont été complets au bout de un mois et un mois et demi de traitement après une cinquantaine d'injections. Il s'agissait vraisemblablement d'un épithéliome lobulé siégeant sur les lèvres du col ; ces tumeurs, du volume d'une noix à celui d'une pomme, saignaient facilement. Les premières injections eurent pour effet de déterger la tumeur qui se couvrit de granulations. Puis le volume diminua, l'écoulement perdit toute mauvaise odeur. Enfin la tumeur disparut complètement après quarante-cinq injections. On cessa le traitement, et la lèvre, qui avait repris son volume normal, s'était recouverte d'épithélium.

Ce traitement si l'on en croit les observations de l'auteur, serait appelé à jouer un rôle important dans le traitement du cancer. Il faut se mettre en garde contre les hémorragies qui peuvent être

facilement réprimées au moyen du tamponnement.

Voici les deux observations publiées par ces auteurs.

OBSERVATION II

Il s'agit d'une nullipare âgée de 40 ans, réglée depuis l'âge de 16 ans et ressentant des douleurs considérables pendant la période menstruelle.

Les douleurs se sont montrées pour la première fois au mois de mars de l'année 1891.

Il y a des métrorrhagies profuses irrégulières, alternant avec des pertes d'une nature spéciale.

Il se produit des douleurs dans la région du bas ventre et dans la région dorsale.

La patiente se plaint d'insomnie tenace durant deux mois.

Etat présent. — Le vagin est peu développé, sur la lèvre antérieure du col existe une tumeur du volume d'une noix et une ulcération sanguinolente. On peut facilement enlever avec la pince quelques particules de tissu friable.

Sur la lèvre antérieure existe une ulcération près du cul de sac latéral gauche.

La lèvre postérieure, à moitié ulcérée ne présente pas d'autre lésion spéciale.

Il y a une certaine résistance dans les culs de sac latéraux et dans le cul de sac vaginal antérieur. L'utérus se trouve en antéflexion.

Chez cette malade on a fait des injections au moyen d'un instrument cinq fois plus grand que la seringue de Pravaz. On enfonce l'aiguille dans la lèvre antérieure à une profondeur de trois à quatre centimètres.

Dès le début, les injections se font tous les jours. Plus tard, on pratique plus rarement ces injections.

Après avoir fait ce traitement, on introduit tous les jours dans le vagin un tampon de gaze antiseptique.

A la suite d'une douzaine de séances, pendant lesquelles on injecte dans les tissus pathologiques le contenu d'une ou deux seringues pleines d'alcool, l'aspect du col s'améliore, les hémorrhagies deviennent plus rares et les douleurs diminuent incontestablement.

Après la vingtième injection, la surface du col se recouvre de granulations, l'hémorrhagie cesse et les pertes n'ont plus cette odeur repoussante caractéristique. La patiente se sent bien, a bon appétit et dort parfaitement bien.

A la suite d'une série nouvelle de dix injections, la tumeur diminue et devient du volume d'une noisette.

Plus d'hémorrhagies ni de douleurs. Les pertes diminuent et l'aiguille pénètre dans la lèvre antérieure du col, à un centimètre seulement.

Vers la mi-octobre, on arrive à un total de 45 injections. Il n'y a plus de prolifération épithéliale sur la lèvre antérieure du col de la matrice. La seringue pénètre difficilement dans les tissus devenus plus fermes. Dès lors, on interrompt le traitement.

Au commencement du mois de décembre, la pa-

tiente se sent guérie. Il n'y a plus d'hémorrhagie, ni de pertes fétides. Le col est recouvert d'épithélium, mais l'orifice externe de cet organe présente des inégalités. La pointe de l'aiguille, adaptée à la seringue, ne pénètre plus dans les tissus.

L'utérus a perdu en partie sa mobilité.

Quatre mois après la cessation du traitement, l'état de la malade reste satisfaisant.

On saura plus tard pendant combien de temps cette amélioration persistera.

OBSERVATION III

M^{me} X..., âgée de 35 ans, est réglée régulièrement depuis l'âge de 17 ans. Elle a eu ses règles pour la dernière fois cinq mois avant de venir nous consulter. Les douleurs, les hémorrhagies et les pertes fétides durent depuis cinq mois.

On commence le traitement le 5 octobre 1891. Le vagin est large, les lèvres du col fortement tuméfiées ont acquis le volume d'une pomme.

Il existe une déchirure entre les lèvres du col hypertrophiées. La surface du col est couverte de granulations.

Les tissus cervicaux sont relâchés. Ils sont le siège d'hémorrhagies fréquentes, même à la suite d'un simple examen digital.

Il existe une infiltration manifeste siégeant au niveau du tiers supérieur de la paroi vaginale antérieure.

Le processus pathologique intéresse surtout la lèvre antérieure du col. Dans le cul de sac vaginal gauche reste un petit îlot épithélial bien net.

L'aiguille de notre seringue s'enfonce dans les tissus friables à une profondeur de cinq à six centimètres. Le traitement consiste en injections parenchymateuses d'alcool, suivies du tamponnement vaginal au moyen de la gaze iodoformée. Les injections se font tous les deux jours.

La malade étant partie après la huitième injection, nous sommes obligés de cesser le traitement.

La cure continue dès le 31 novembre. Pendant toute cette période, la patiente se trouve beaucoup mieux. Les hémorragies cessent et les pertes fétides diminuent d'intensité. Le processus pathologique local se modifie favorablement. Les lèvres du col hypertrophiées sont en voie de régression. Pendant cette reprise du traitement, les injections sont faites d'abord tous les deux jours et plus tard tous les jours.

Lors de notre visite, nous injectons le contenu d'une ou deux seringues spéciales. Après une série de 18 injections, la tumeur est beaucoup moins volumineuse, l'érosion du col bien limitée, présente à peu près les dimensions d'un thaler.

Après une série de 30 injections, la patiente se trouve très bien, le volume de la tumeur diminue de moitié, la tendance aux hémorragies est faible et la pointe de l'aiguille s'arrête dans les tissus à une profondeur de deux à trois centimètres.

A la suite d'une injection, il s'est produit une fois une hémorrhagie arrêtée grâce au tamponnement.

En somme, on a fait à la malade 48 injections d'alcool.

Pendant toute la durée du traitement, la malade s'est portée fort bien.

Le 30 janvier, la femme retourne chez elle. La tumeur est réduite au tiers de son volume primitif. L'ulcération du col présente les dimensions d'une pièce de cinq centimes.

On peut introduire l'aiguille et la seringue à une profondeur de 0,05 centimètres seulement.

Plus d'hémorrhagies et pertes insignifiantes. Quatre semaines après, le col est complètement recouvert d'épithélium.

Cette malade, de même que celle qui fait l'objet de la première observation, faisait chez elle, deux fois par jour, des injections vaginales au moyen d'une solution de permanganate de potasse à 0,3 0/0.

A la suite de ces observations, Schultz nous fait savoir que huit autres malades sont en observation à la clinique médicale de Budapest, et qu'il publiera plus tard leurs observations, avec les résultats du traitement et les recherches microscopiques faites à cette occasion.

En somme, les observations ne sont pas, à notre avis, assez nombreuses pour qu'on puisse, dès à présent, se faire une opinion ; mais il faut reconnaître que si l'efficacité de ce traitement est démontrée plus

tard, l'auteur aura rendu un signalé service aux personnes atteintes du cancer utérin, en indiquant un nouveau mode de traitement dont les résultats méritent d'être observés attentivement et confirmés scrupuleusement.



Emploi du chlorate de soude

Depuis longtemps déjà, le chlorate de soude est employé comme topique contre les cancers ou plutôt contre les cancroïdes, à marche lente de la peau. Dans les cancers de l'estomac il a donné maintes fois de bons résultats. M. L. Boucher, de Rouen, a eu l'idée de l'employer intus et extra contre le cancer de l'utérus et a obtenu par ce moyen une amélioration considérable. Voici cette observation :

OBSERVATION IV

Boucher : « Normandie médicale », 1^{er} août 1894

M^{me} de X., est âgée de 50 ans et présente comme renseignements héréditaires intéressants, un ascendant cancéreux chez sa mère, qui mourut à trente-neuf ans d'un carcinome du sein.

Jusqu'à 30 ans sa santé a été bonne, et à cette

époque elle eut un premier accouchement qui la fatigua beaucoup ; à 32 ans elle eut un enfant, né viable, qui mourut au bout de peu de jours. A 34 ans, après un nouvel accouchement, elle éprouva une perte abondante et demeura assez longtemps avant de se remettre de cette hémorrhagie.

Cependant les règles étaient régulières, l'appétit et le sommeil bons. Il y a cinq ans, à la suite de la mort de son mari, qu'elle avait soigné avec beaucoup de sollicitude, elle se trouva très anémiée et fut prise de nouveau de pertes qui se renouvelèrent depuis au moment des règles qui duraient de 14 à 15 jours, suivies d'un écoulement blanc.

C'est à cette époque qu'elle commença à éprouver des douleurs très vives dans l'estomac, douleurs qui présentaient une exaspération manifeste à l'époque menstruelle.

Au mois de juin 1893, elle consulta un chirurgien distingué de Rouen qui conseilla l'ablation de l'utérus ou l'amputation du col, les renseignements fournis par la famille étant insuffisants sur ce point.

Mais l'opération était recommandée comme devant être faite rapidement, à cause de la généralisation possible de la tumeur, dans un avenir peu éloigné.

La malade vint alors me consulter, mais sans me parler d'autre chose que de son estomac, et en passant sous silence la consultation précédente. C'est donc contre les douleurs de cet organe que fut dirigée la médication.

En septembre survinrent des pertes abondantes dont M^{me} de X... ne s'effraya point trop, puisqu'elle

attendit le mois d'octobre pour venir me trouver à nouveau.

Le toucher vaginal indiquait alors une adhérence du cul de sac droit et une masse bourgeonnante sur toute l'étendue de la lèvre antérieure. Incertain de la nature de cette tumeur, je provoquai une consultation avec M. Hélot, qui conclut à un épithéliome utérin, épithéliome ayant gagné le cul de sac gauche et dont les bourgeons saignant au moindre contact provoquaient les hémorrhagies continuelles dont souffrait la malade.

La douleur à la pression était peu vive, ce qui confirmait l'idée de cancer utérin. Les phénomènes gastriques, l'amaigrissement, la perte de l'appétit, la teinte jaunâtre de la malade furent attribuées à l'apparition de noyaux secondaires dans l'estomac.

En même temps que la perte sanguine il y avait un écoulement « d'eau rousse » d'une odeur fétide, qui venait encore à l'appui de l'opinion exprimée. C'est seulement alors que nous eûmes connaissance du diagnostic du chirurgien précédemment consulté.

Le 23 octobre, à cause de l'envahissement du cul de sac, il était trop tard pour tenter l'opération.

Nous dûmes donc nous contenter de faire des cautérisations quotidiennes au perchlorure de fer et M. Houdeville fut chargé du pansement quotidien.

Sous l'influence du pansement désinfectant, la fétidité de la sécrétion purulente diminua, et cette sécrétion se tarit presque complètement, mais les hémorrhagies persistèrent malgré le seigle ergoté, et l'état de faiblesse de la malade empira rapidement.

Le 2 novembre nous résolûmes d'employer, en désespoir de cause, le chlorate de soude en applica-

tions locales et en potion contre les phénomènes gastriques.

Comme pansement, 4 gr. de chlorate de soude contre 60 grammes de glycérine, dont on imbibait des boulettes de coton qui restaient au contact des bourgeons cancéreux 24 heures, et étaient renouvelés quotidiennement.

Quatre grammes par jour de chlorate de soude par la voie stomacale.

Le 5 décembre, c'est-à-dire un peu plus d'un mois après ce traitement par le chlorate de soude, l'écoulement sanieux reprenait, la malade était très affaiblie et dans l'impossibilité de se lever. Les muqueuses sont décolorées, l'appétit est nul, la prostration extrême.

Pensant que l'action stimulante de la glycérine pouvait contribuer à cette reprise de l'écoulement, nous résolûmes de mettre en contact permanent avec le col une poudre ainsi composée, dont une petite quantité était appliquée sur le tampon vaginal.

Iodoforme 5 gr.

Sous nitrate de bismuth }
Chlorate de soude } à à 10 gr.

L'iodoforme donnant mauvais goût dans la bouche à la malade, il nous fallut encore abandonner ce moyen qui, au bout de quelques jours, avait cependant amené le tarissement de l'écoulement.

Le 20 décembre nous commençons les injections de chlorate de soude à la dose de 10 grammes par litre et, vu l'état de faiblesse de la malade, des lavements de sérum artificiel, du protoxalate de fer, de la Kola, lui furent administrés.

En février, le mieux est sensible. Depuis l'époque

où les injections ont été pratiquées, aucun écoulement n'est survenu.

En mars et en avril elle sort de l'appartement, fait de petites courses ; en mai, elle a repris sa vie habituelle, a bon appétit, a engraisé, se plaint toujours de temps en temps d'une petite douleur d'estomac, mais qui ne saurait se comparer avec ce qu'elle a éprouvé autrefois.

Le 23 mai, nous la réexaminions. Au toucher, le col est absolument indolent, la sensibilité à la pression a disparu, mais on n'apprécie pas avec le doigt l'état particulier de mollesse qui existait avant le traitement.

Le spéculum permet de constater une cicatrisation générale du col, sauf en deux points où il existe deux bourgeons de la grosseur d'une lentille, et qui donnent un peu de sang par le frottement.

Nous appliquons alors directement le chlorate sur le col au moyen de tampons, et nous continuons l'administration de deux grammes de chloral par jour.

En résumé, voilà une malade chez laquelle quatre médecins ont diagnostiqué un cancer de l'utérus. Nous pensons que les phénomènes d'amélioration relèvent de l'emploi du médicament, car quelle que soit l'importance de la suggestion nous ne saurions lui attribuer un rôle curateur aussi marqué : le premier chirurgien proposait, en effet, une intervention immédiate.





Pansements

Dans un article de M. Verchère (*France médicale*, 1888) nous lisons :

Lorsque le cancer utérin est inopérable, qu'il n'est accompagné d'aucune complication contre laquelle des moyens urgents soient indiqués c'est l'antisepsie qui est le meilleur, je dirai presque l'unique traitement.

Bien que ces affirmations soient un peu excessives, on ne peut s'empêcher de reconnaître que les soins apportés aux pansements des cancers utérins sont d'une grande importance. Ces pansements, en effet, à eux seuls constituent souvent un traitement palliatif excellent.

Grâce à l'antisepsie, on constate la suppression de l'ichor fétide, l'impossibilité de la stagnation de cet écoulement infect qui empoisonne la malade, on remarque la diminution des dangers des hémorrhagies, par le fait même de la suppression de la septicité vaginale ; suppression, si l'antisepsie est bien faite, de l'odeur repoussante attachée aux malheureuses atteintes du cancer étendu.

Les auteurs sont d'accord sur l'importance de l'antisepsie dans le traitement des cancers de l'utérus. La discussion commence quand on veut savoir quel est l'antiseptique de choix soit pour les lavages, soit pour les pansements.

Nous n'essayerons pas de suivre les gynécologistes dans cette voie, ce qui nous entrainerait hors du cadre que nous nous sommes tracé. Notre opinion est d'ailleurs que le choix du liquide n'a pas une importance énorme pourvu qu'il soit très antiseptique et peu toxique.



Traitement des troubles liés à l'envahissement des organes voisins

Ce chapitre serait immense si nous voulions le traiter d'une façon complète. Tel n'est pas notre dessein, et nous nous contenterons de donner un rapide résumé des traitements palliatifs.

Les douleurs peuvent être de cause rectale ou de cause *rénale* (Verchère).

Les matières fécales s'accumulent dans l'iliaque, et si on vient à palper la région iliaque gauche, on trouve des scybales en quantité, formant de l'intestin un énorme cylindre qu'il sera presque toujours facile de sentir. Ajoutons encore qu'à ce signe local s'ajoutent tous les signes de la rétention fécale : ballonnement du ventre, coliques, douleurs abdominales, état gastrique, etc... Ajoutons encore des phénomènes de ténesme, d'épreintes anales, de sensation de corps étrangers rectaux, accompagnés d'écoulements glaireux, sanguinolents parfois par le rectum sans qu'il y ait perforation du canal rectal.

Dans ces cas, les lavages rectaux répétés fréquemment, les lavements introduits avec une sonde en caoutchouc rouge, les laxatifs seront les moyens

à employer pour empêcher la rétention des matières fécales.

Si l'expulsion des matières fécales devient impossible, ou bien si une perforation du rectum s'établit et transforme le vagin en un cloaque, on pourra (Verchère, Gauthier, etc.) demander au chirurgien d'établir un anus contre nature.

Les douleurs vésicales et les douleurs rénales sont fréquentes aussi, et, de plus, ordinairement plus graves. Elles tiennent à l'envahissement, à la compression des uretères contre le col de l'utérus. Cette compression détermine la dilatation de l'uretère, l'uretérite, puis, progressivement, amène tous les phénomènes de la néphrite interstitielle par rétention urinaire. Les douleurs rénales, lombaires, les douleurs vésicales surviennent accompagnées de cystite, de ténésme vésical, etc. C'est alors contre la néphrite, contre la cystite, qu'il faudra lutter, par des lavages vésicaux, etc.

Lorsque l'uretère est obstrué, on a conseillé la néphrectomie, ou mieux la néphrotomie ou bien, mieux encore, l'établissement d'une fistule uretéro-rectale, ou plutôt uretéro-vaginale ou encore uretéro-cutanées, en un mot la création, comme le proposait récemment M. Jaboulay, de méats uretéraux. Ils ont l'inconvénient de déterminer un écoulement continu de l'urine ; mais au moins son émission est assurée.

CONCLUSIONS

Tous les traitements chirurgicaux que nous venons de passer en revue sont des traitements palliatifs. Ils ont seulement pour but de faire disparaître ou d'atténuer un symptôme du cancer utérin et de parer momentanément au danger résultant d'une complication.

La dilatation suffit parfois pour arrêter une hémorrhagie.

Le curettage, suivi ou non d'une cautérisation, est indiqué toutes les fois qu'une hémorrhagie un peu importante se produit, à moins qu'il y ait ouverture, ulcération d'un gros vaisseau, auquel cas une ligature seule peut arrêter la perte de sang.

En débarrassant la cavité utérine de toutes les productions végétantes qui l'obstruent, il permet l'écoulement des liquides septiques ou toxiques dont l'absorption est pour la malade une cause d'infection.

Les injections vaginales, les pansements antiseptiques, les soins minutieux de propreté ont des avantages de même nature. De plus, ils suppriment

l'odeur infecte, qui est pour la cancéreuse et pour son entourage un véritable supplice.

Les injections d'alcool dans les tissus épithéliomateux, les applications de chlorate de soude sur les végétations cancéreuses semblent avoir donné de bons résultats, mais les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'on puisse avoir à leur sujet une opinion ferme. De nouvelles recherches sont nécessaires.

En un mot, lorsqu'une opération radicale est impossible dans le cancer de l'utérus, le chirurgien peut encore rendre à la malade de grands services, puisqu'il lui reste à mettre en œuvre des traitements palliatifs.

Il peut par ces traitements arrêter les hémorrhagies, diminuer ou tarir les écoulements fétides, atténuer les souffrances, rétablir le cours des urines et des matières fécales, etc. Ces avantages sont assez importants pour qu'on s'efforce de les procurer aux malades.

Vu :

Le Président de la Thèse,
A. LEDENTU.

Vu : *Le Doyen,*
BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Monod.* — (Annales Polycliniques de Bordeaux, 1^{er} mars 1894). Des opérations partielles dans le traitement du cancer du col.
- De Giverdey.* — Traitement chirurgical des cancers utérins inopérables : Thèse de Lyon, 1894.
- Bernhart.* — Centralblatt für gynœkologie : Sur un nouveau traitement des cancers inopérables de l'utérus : 30 septembre 1893.
- Pomorstri.* — Traitement du cancer utérin par l'alcool Nowy Iekarsk, in-12, 1894.
- Porter.* — Tumeurs malignes de l'utérus, leur traitement New York médical journal, 17 décembre 1892.
- Jaboulay.* — Gazette hebdomadaire, Paris, 8 octobre 1892. Création de méats uretéraux dans le cancer de l'utérus.
- Houzel.* — Traitement chirurgical des cancers utérins inopérables. Congrès de gynécologie de Bruxelles et Bulletin médical, 21 septembre 1892.
- Schultz.* — Traitement palliatif du cancer utérin par l'alcool centralblatt, für gynœkologie, 2 avril 1894.

- Marty et de Plowewski.* — Action du salol contre l'odeur fétide dans le cancer de l'utérus. (Gazette de Médecine et de chirurgie de Toulouse, 20 mars 1891.
- Cuellar.* — Du curettage employé comme méthode de traitement dans le cancer du col de l'utérus. (Revue médico chirurgicale des maladies des femmes, novembre 1891).
- E. Arcoles.* — Sur l'usage de l'aristol dans le cancer du col de l'utérus. Riforma medica, 10 octobre 1891.
- Levrat.* — De l'intervention partielle tardive dans l'épithélioma utérin inopérable par les méthodes locales. 5^e Congrès français de Chirurgie et Bulletin médical, 29 avril 1891.
- Nairue.* — Traitement du cancer de l'utérus par le cautère. Brit. med. journal, 7 février 1891.
- Hæberlin.* — Traitement palliatif des cancers utérins par les cautérisations au chlorure de zinc : Correspondant Blatte f. Schweiz. Aerzte, 15 octobre 1890.
- Ricard.* — Gazette des Hôpitaux, 11 novembre 1890 : Dangers de l'application des crayons de chlorure de zinc.
- A. Gauthier.* — Thèse de Paris 1892 : Traitement palliatif des cancers inopérables de l'utérus.
- Kelly.* — Glasgow. Méd. journ. 11 juillet 1890 : Traitement des cancers de l'utérus.
- Voituriez.* — Du cancer du col utérin et de son traitement par le curage : Journal méd. scient. de Lille, 4 avril 1889.
- Béatrix.* — Nouv. Arch. d'obstétrique octobre 1887. Traitement des cancers de l'utérus par le térébène.
- Cordès.* — Traitement médical du cancer utérin. Annales de gynécologie, octobre 1887.

Condamin. — Traitement palliatif des cancers inopérables :

Lyon médical, 1893.

Pozzi. — Traité de gynécologie.

De Sinéty. — Traité de gynécologie.

Dictionnaire de Dechambre. — Article utérus.

— *de Jaccoud.* — id. id.

De Nieuw- en Oude Hollandse
Geschiedenis van de Nederlanden
in de Nederlanden
van de Nederlanden



